

J. B. Sturgis, M.D.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 276

Lane Medical Library

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 27 novembre 1868,

PAR GEORGES DIANU

Né à Viache Mehedintzi (Roumanie).

DE

LA SYPHILIS

CHEZ LES

FEMMES ENCEINTES

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

A. PARÉNT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1868

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs.		MM.
Anatomie.		SAPPEY.
Physiologie.		LONGET.
Physique médicale.		GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale.		WURTZ.
Histoire naturelle médicale.		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.		LASEGUE.
Pathologie médicale.		AXENFELD.
		HARDY.
Pathologie chirurgicale.		BROCA.
		VERNEUIL.
Anatomie pathologique.		VULPIAN.
Histologie.		ROBIN.
Opérations et appareils.		DENONVILLIERS.
Pharmacologie.		REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale.		SÉE (G.).
Hygiène.		BOUCHARDAT.
Médecine légale.		TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés.		PAJOT.
		BOUILLAUD.
		GRISOLLE.
Clinique médicale.		N.
		BEHIER.
		LAUGIER.
		GOSSELIN.
Clinique chirurgicale.		N.
		RICHET.
Clinique d'accouchements.		DEPAUL.

Doyen honoraire, M. le Baron PAUL DUBOIS.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le Baron J. CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. DESPLATS.	MM. JACCOUD.	MM. PAUL.
BALL.	DUPLAY.	JOULIN.	PERRIER.
BLACHEZ.	FOURNIER.	LABBÉ (LEON).	PETER.
EUCQUOY.	GRIMAUZ.	LEFORT.	POLAILLON.
CRUVEILHIER.	GUYON.	LUTZ.	PROUST.
DE SEYNES.	ISANBERT.	PANAS.	RAYNAUD.
			TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau.	MM. N.
— des maladies des enfants.	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses.	N.
— d'ophtalmologie.	N.

Examineurs de la thèse.

MM. DEPAUL, Président; BOUCHARDAT, CRUVEILHIER, JOULIN.

M. FORGET, Secrétaire.

Par délibération du 7 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

ET

A MA SOEUR

A MON EXCELLENT MAÎTRE

M. LE D^R DAVILA

PROFESSEUR DE CHIMIE,

INSPECTEUR GÉNÉRAL DU SERVICE SANITAIRE DE L'ARMÉE ROUMAINE,

MEMBRE DE L'ÉPHORIE DES HÔPITAUX CIVILS ET DU CONSEIL GÉNÉRAL DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE,

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BUCHAREST,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR, ETC.

Je vous prie de recevoir, très-cher Maître, le témoignage de ma
profonde gratitude et de mon éternelle reconnaissance.

MEMORANDUM

FOR THE RECORD

FOR THE RECORD

MEMORANDUM

It is noted that the receipt of the above-mentioned documents is being acknowledged by the proper authorities.

A MON RESPECTABLE MAÎTRE

M. LE D^R DEPAUL

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS,
MEMBRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE ET DE PLUSIEURS SOCIÉTÉS SAVANTES, ETC.

A MES MAÎTRES

Hommage de reconnaissance.

A M. LE D^R SÉVÉRIN

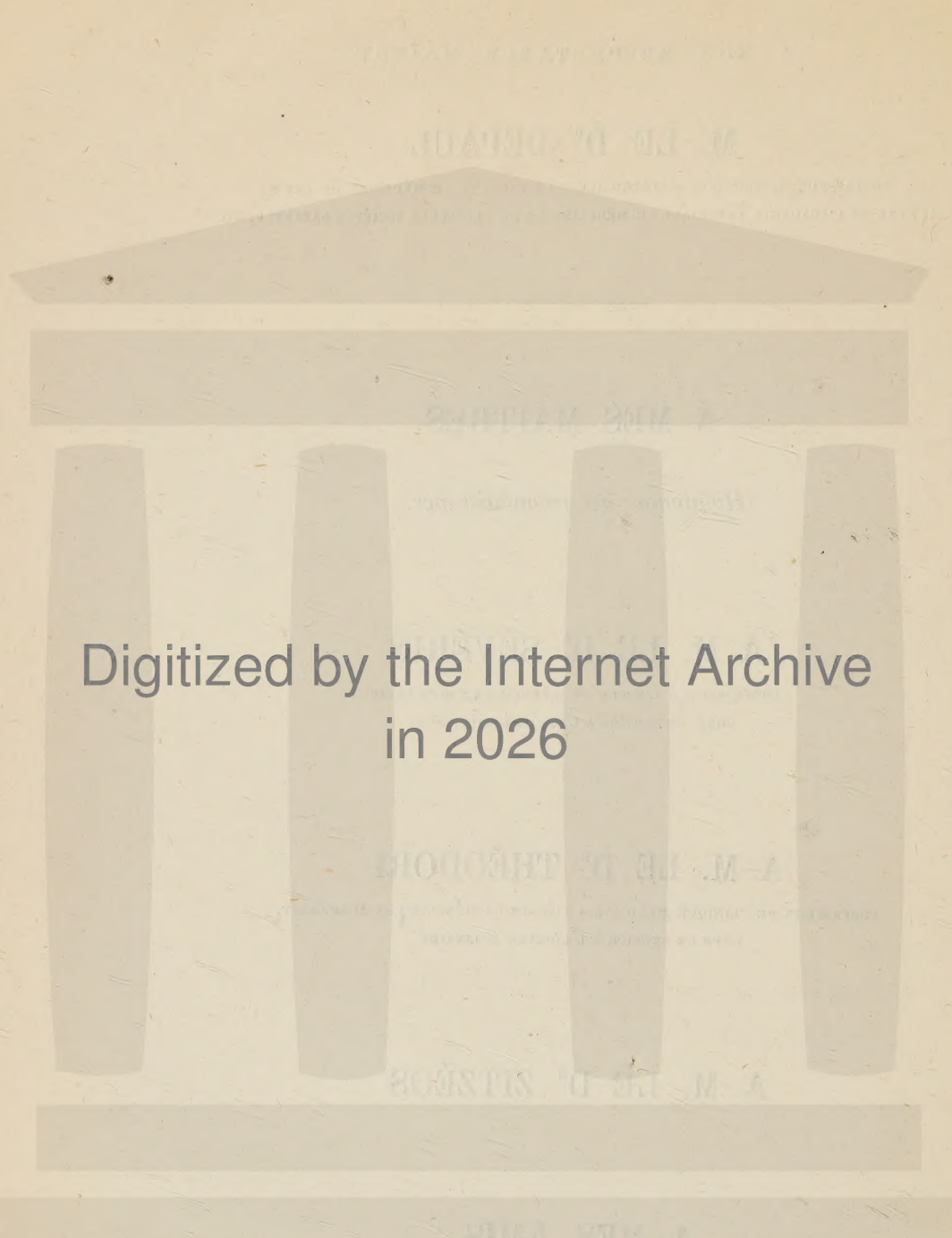
PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BUCHAREST,
CHEF DE SERVICE A L'HÔPITAL MILITAIRE.

A M. LE D^R THÉODORI

PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE BUCHAREST,
CHEF DE SERVICE A L'HÔPITAL MILITAIRE.

A M. LE D^R ZITZÉOS

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153502_0093

INTRODUCTION

J'ai toujours pris à cœur l'étude des maladies syphilitiques et les maladies des femmes. Je n'ai donc pas hésité à prendre un sujet en quelque sorte mixte, comme dernière épreuve à la Faculté de médecine de Paris.

La syphilis chez les femmes enceintes a beaucoup été étudiée de nos jours, surtout par ceux qui ont à leur disposition des éléments d'études et d'observation.

Pendant mon stage dans les hôpitaux, j'ai pu constater plusieurs cas de syphilis chez les femmes enceintes, les conséquences de cette maladie constitutionnelle, etc. : dès lors j'ai été fixé. J'étudierai donc dans cette thèse la syphilis chez les femmes enceintes. Je diviserai ainsi mon sujet :

1° Formes les plus fréquentes de la syphilis chez les femmes enceintes;

2° Marche de la syphilis abandonnée à elle-même pendant la grossesse;

3° Influence de la syphilis sur le produit de la conception ;

4° Conséquences de l'infection syphilitique;

5° Traitement de la syphilis.

6° Je dirai quelques mots des théories nouvelles sur la syphilis et sur la syphilisation, et je publierai quelques observations à l'appui de ce que je dis dans chaque paragraphe.

DE LA

SYPHILIS CHEZ LES FEMMES ENCEINTES

I. — FORMES LES PLUS FRÉQUENTES DE LA SYPHILIS CHEZ LES FEMMES ENCEINTES.

Accidents primaires.— Les femmes qui sont atteintes de syphilis avant la conception se trouvent dans des conditions identiques à celles des femmes contaminées hors l'état de grossesse. Les accidents primitifs et les accidents secondaires de la syphilis sont ceux qu'on observe le plus fréquemment. Les accidents tertiaires sont exceptionnels. De même, la gestation n'influe en rien sur l'incubation et la marche relative des accidents primaires. La syphilis débute généralement par une excoriation cutanée ou muqueuse ayant le plus souvent la dimension d'une tête d'épingle, arrondie et recouverte d'une production pseudo-membraneuse. D'après M. le professeur Robin, cette fausse membrane est entièrement formée de tissu cellulaire mortifié tel qu'on le trouve dans une mortification lente et récente; elle siège au centre même de l'ulcération, où, d'après M. Martin, on trouverait de plus quelques globules de pus. Les bords suppurent peu alors et ne tardent pas à présenter tous les caractères du chancre ordinaire ayant atteint son entière évolution.

D'après M. Ricord, la pseudo-membrane a un aspect cupuliforme, caractère sur lequel il insiste beaucoup pour le diagnostic

du chancre infectant et du chancre simple. Pour le diagnostic, il se base de plus sur le décollement et l'état déchiqueté des bords de l'ulcération.

Les bords paraissent taillés à pic lorsqu'il survient une vive inflammation du tissu cellulaire environnant. On peut, dans ce cas, le confondre avec le chancre simple; aussi, pour éviter une erreur toujours préjudiciable, est-il convenable d'attendre, pour se prononcer, que la base présente l'induration caractéristique, ou du moins que les ganglions naissent dans l'aîne (adénopathie). D'après M. le professeur Robin (cité par MM. Belhomme et Martin), l'induration est formée : 1° d'une trame de fibres de tissu cellulaire, dans laquelle on trouve quelquefois des fibres élastiques; 2° d'une assez grande quantité de matière amorphe interposée à ces fibres, et d'autant plus abondante que l'induration est plus transparente; 3° des noyaux fibro-plastiques et des cytoblastions en quantité à peu près égale, forment une portion considérable de la masse dans laquelle on trouve encore une certaine quantité de corps fusiformes fibro-plastiques.

L'induration de la base du chancre infectant apparaît généralement dans le second septénaire, quelquefois, mais rarement, du quinzième au vingt et unième jour; elle va en augmentant jusqu'à la cicatrisation du chancre. Sa disparition est très-variable; elle peut, en effet, persister des mois et même des années. M. Ricord (1) dit avoir trouvé une induration trente ans après la cicatrisation. Babington (cité par Ricord), le premier, a constaté que l'induration occupe tout le pourtour, et qu'elle siège au-dessous du chancre, en lui formant en quelque sorte un lit, de façon à servir de moyen d'union entre l'ulcère et les parties saines (2).

(1) Leçons sur le chancre infectant, p. 406.

(2) Ricord et Richelot, 3^e édit., 1859, p. 381.

L'induration, quelquefois, a la forme d'un anneau circonscrivant les bords de l'ulcération; d'autres fois elle a une forme très-irrégulière. Il peut arriver qu'elle ne donne au toucher qu'une sensation de doublure parcheminée, d'où le nom d'*induration parcheminée* que lui a donné M. Ricord; on l'a trouvée tellement développée quelquefois, que les auteurs lui ont appliqué le nom de « *ulcus elevatus*. » L'induration parcheminée, d'après Langlebert, Diday, etc. (1), s'observerait dans le chancre qui résulte d'un accident secondaire, tandis que, au contraire, l'induration type ne serait le résultat que de la contagion par un accident primitif. Toutes ces variétés d'induration peuvent exister chez la femme; mais elles ne sont jamais aussi bien caractérisées que chez l'homme. M. Martin, pendant son internat à Saint-Lazare, dit n'avoir jamais vu un seul cas de chancre infectant vulvaire qui fût accompagné de ces indurations, en quelque sorte cartilagineuses, qu'on observe chez l'homme (2).

L'induration, avec le temps, finit par disparaître. Sa résolution n'est pas hâtée par un traitement antisypilitique. L'induration ne manque guère qu'une fois sur cent cas de chancre, d'après M. Diday. Dans ce cas, le diagnostic pourra porter à faux, si on n'attend la manifestation ganglionnaire qui, très-certainement, facilitera beaucoup le diagnostic, en ce sens que, même à l'examen direct, on ne peut bien se rendre compte des caractères de l'ulcération. En pareil cas, on aura recours à l'inoculation sur la personne soupçonnée; si elle donne des résultats négatifs, les présomptions se transformeront en certitude; la personne sera atteinte de syphilis.

On peut parfaitement croire à l'infection générale, une fois qu'on a constaté tous les signes diagnostiques du chancre infec-

(1) Langlebert, cité par Belhomme et Martin, p. 104.

(2) *Oper. citato*.

tant; car tous ces accidents ne sont que la manifestation première de l'économie par le virus syphilitique (A. Martin, etc.) (1). Les auteurs qui soutiennent cette opinion se basent sur l'état général pendant toute la durée du chancre infectant. La malade est plus ou moins indisposée. Cette indisposition peut être poussée jusqu'à la chloro-anémie complète.

M. Grassi, ex-pharmacien en chef de l'hôpital du Midi, ayant analysé le sang des syphilitiques, a constaté que les globules du sang ont notablement diminué. Dans tous les cas, dit-il, les globules étant de 140 p. 1000 à l'état normal, tombent au chiffre de 125 p. 1000, et même plus bas, à 48 p. 1000. L'albumine monte au chiffre de 127 p. 100, son chiffre étant de 87 p. 1000 à l'état physiologique. La proportion de fibrine n'est pas notablement diminuée. Le même auteur, ayant analysé le sang des porteurs de chancre simple, n'a constaté aucune altération importante de ce liquide.

Siège. — Le siège du chancre infectant est ordinairement aux organes génitaux. On le trouve rarement ailleurs. M. Clerc a fait la statistique suivante pour l'année 1861. Il a constaté que, pour 45 femmes affectées, 33 chancres siégeaient aux parties génitales ainsi répartis :

Chancre des grandes lèvres.....	15
— des petites lèvres.....	9
— de la fourchette.....	5
— du méat urinaire.....	2
— du vestibule.....	2

12 siégeaient ailleurs qu'aux parties génitales.

(1) *Oper. citato*, p. 119.

(2) Maladies vénériennes.

Mechior Robert (1), sur 76 femmes atteintes de chancre dont il n'indique pas l'espèce, a trouvé :

Fourchette.....	30
Limites de la vulve et du vagin.....	11
Vulve.....	7
Petites lèvres.....	17
Méat urinaire.....	4
Face interne des grandes lèvres.....	3
Clitoris.....	2
Caroncules.....	2

Le siège du chancre peut être en dehors des organes génitaux. On sait parfaitement, en effet, que l'infection peut se faire autrement que par les rapports sexuels. Pour ne citer qu'un exemple, combien de médecins, de chirurgiens et de sages-femmes, n'ont-ils pas été contaminés en pratiquant le toucher, ignorant qu'ils avaient une légère excoriation, etc., au doigt.

Accidents secondaires. — Les accidents secondaires, et surtout parmi eux la roséole et les plaques muqueuses, sont souvent observés chez les femmes enceintes. Ces plaques muqueuses atteignent un développement extraordinaire toutes les fois que la femme soumise à l'état de grossesse est en possession de la diathèse syphilitique; développement si anormal parfois, que ceux qui les voient pour la première fois en sont en quelque sorte effrayés (obs. 1 et 2).

Rarement on observe les autres accidents secondaires; car, sur dix observations, je n'ai rencontré qu'un seul cas d'ecthyma. Ne voulant pas sortir du cadre que je me suis tracé, je n'insisterai pas sur ces accidents secondaires de la vérole. Cependant il est bon

(1) Traité des maladies vénériennes, p. 120.

de dire quelques mots sur les plaques muqueuses si fréquentes, comme je l'ai avancé, chez les femmes grosses.

Plaques muqueuses. — Ce sont des manifestations syphilitiques secondaires qui, comme leur nom l'indique, se développent de préférence sur les muqueuses, et quelquefois aux plis que forme la peau (aine, aisselle, etc.). Ces dernières ont une grande analogie avec les papules de la peau. L'inoculation des liquides sécrétés par les plaques muqueuses est toujours positive. Les manifestations de la diathèse syphilitique sont admises aujourd'hui par tous les syphilographes, même par M. Ricord, qui était bien loin d'y croire naguère (1). Les plaques muqueuses peuvent exister en même temps que d'autres syphilides. Je n'ai jamais rencontré que des plaques humides; cependant je vais indiquer sommairement les caractères des trois variétés admises aujourd'hui.

1^{re} forme. — La plaque est caractérisée par une élevation papuleuse, à surface assez uniforme, à contour ordinairement régulier, à coloration identique, mais quelquefois un peu plus foncée, à celle de la muqueuse où la plaque s'est développée. Elle suppure très-abondamment. Le muco-pus sécrété a une odeur fétide, nauséabonde et si caractéristique, qu'un praticien, ayant quelque expérience, peut en faire le diagnostic sans constater quoi que ce soit *de visu*.

Elles sont le plus souvent agglomérées, ou du moins, situées bien près les unes des autres. C'est là la forme que l'on rencontre le plus ordinairement chez les femmes enceintes. Elles siègent d'ordinaire au pourtour de l'anus et sur les organes génitaux externes. Elles sont si rapprochées les unes des autres, qu'on peut croire un instant que ce n'est qu'une seule plaque occu-

(1) Gazette des hôpitaux, 21 mai 1863.

pant l'espace compris entre les bords des grandes lèvres et la marge anale (1^{re} et 2^e observat). On constate facilement que le centre est plus élevé que les bords. Si l'on ne donne pas un traitement approprié, les plaques muqueuses peuvent acquérir un volume énorme, et quelquefois même être atteintes d'hypertrophie. Elles arrivent ainsi à avoir plusieurs centimètres de circonférence et 2 à 3 centimètres de diamètre. J'en cite des exemples dans mes observations. On les a observées surtout chez les personnes qui n'avaient jamais suivi de traitement antisyphilitique (1). La sécrétion infecte dont j'ai parlé, augmente en raison des frottements et de la malpropreté, causes qui peuvent, en outre, en amener l'ulcération.

2^e forme. — On peut encore mieux les appeler *papules muqueuses de forme exanthématique* (2). Elles ont été très-bien décrites par M. Fournier. Cette lésion, dit-il, consiste en une ulcération superficielle sans élevation primitive. Elle entame à peine le derme muqueux qui est plutôt dénudé qu'érodé. Elle ressemble à une desquamation épithéliale, tant elle est superficielle.

Leur siège est habituellement sur la vulve ; elles coexistent, le plus souvent, avec des syphilides de la peau. Elle peut se transformer en une véritable papule ou se recouvrir d'une fausse membrane ; dans ce dernier cas, elle appartient à la diphthérie syphilitique.

3^e forme. — Nommées *plaques muqueuses opalines* par M. Bassereau, elles ne sont que les plaques de la première forme, sans saillie bien accusée, recouvertes d'une pellicule blanchâtre, semblable à la petite eschare produite par sa cautérisation avec

(1) Belhomme et Martin, loc. cit., p. 217.

(2) Thèse inaug., 1857.

une solution de nitrate d'argent au 20°. Ce ne sont que de simples taches pelliculeuses n'ayant aucun rapport avec la diphthérie syphilitique.

Ces deux dernières formes peuvent exister chez les femmes enceintes, mais je ne l'ai jamais constaté. Elles sont le plus souvent multiples ; certains auteurs cependant n'en ont observé quelquefois qu'une seule sur le même sujet. Il me paraît utile de reproduire ici le tableau statistique de MM. Davasse et Deville, relatif au siège des plaques muqueuses. Il porte sur 186 femmes.

Plaques muqueuses	siégeant à la vulve.....	174
—	— à l'anus.....	59
—	— au périnée.....	40
—	— aux fesses et à la partie supérieure des cuisses.....	38
—	— aux amygdales.....	19
—	— au nez.....	8
—	— à la langue.....	6
—	— aux orteils.....	5

Les plaques muqueuses sont exclusivement une conséquence de la vérole (Bazin) ; on ne les rencontre dans aucune autre maladie. Elles peuvent se développer indistinctement sur toutes les parties du système tégumentaire externe. Les prétendues syphilides papuleuses ne sont autre chose que des éruptions généralisées de plaques muqueuses. Celles qui siègent dans le vagin et sur les grandes lèvres sont très-souvent accompagnées d'un œdème qu'on peut comparer à un commencement d'éléphantiasis. Cet œdème, chez les femmes enceintes, tient peut-être à la congestion dont leurs parties génitales sont ordinairement le siège pendant l'état de gestation (obs. 1, 2, 9). Chez les femmes qui font le sujet de ces trois observations, les plaques muqueuses existaient sur chaque lèvre et à peu près au même niveau ; elles s'accompagnaient peu de prurit et de douleur. Chez le sujet de la pre-

mière observation, le prurit et la douleur étaient marqués. D'autres phénomènes secondaires accompagnent les plaques muqueuses (obs. 4, 6, 9). L'adénopathie ganglionnaire peut exister aussi alors, mais elle peut manquer lorsqu'il y a récurrence de plaques muqueuses.

Je n'ai jamais eu occasion de constater tous ces accidents syphilitiques chez les femmes enceintes; j'espère toutefois qu'il me sera donné plus tard de les observer. J'ai tout lieu de penser que, quand on a un peu d'habitude, on ne peut désormais se tromper dans son diagnostic; il faut naturellement, dans ce cas, se baser de plus sur la pléiade ganglionnaire, l'état actuel, le résultat de l'inoculation et sur les antécédents.

II. — MARCHÉ DE LA SYPHILIS ABANDONNÉE A ELLE-MÊME PENDANT LA GROSSESSE.

Personne n'ignore aujourd'hui que la vérole abandonnée à elle-même parcourt toutes ses périodes franchement, depuis l'accident primitif jusqu'aux accidents ultimes ou tertiaires, y compris la syphilis qui s'est portée sur les viscères. Cette marche est variable. Elle comprend plusieurs mois et même plusieurs années. La condition de vie influe sur cette marche. Il est en effet hors de doute qu'une mauvaise alimentation, un séjour dans des lieux non aérés et non exposés aux influences solaires, etc., provoqueront et entretiendront la malignité des accidents.

La grossesse influe aussi beaucoup sur la marche des accidents primaires et secondaires. Si la femme est sujette à un accident peu de temps avant la conception, les accidents secondaires offrent une rapide apparition. Les plaques muqueuses se présentent alors, ainsi que je l'ai dit plus haut, en grand nombre, surtout autour de la marge anale et aux parties génitales externes, probablement peut-être à cause de la congestion locale qu'on observe pendant toute la période de gestation.

L'intervention d'un traitement hydrargyrique s'oppose au développement et à la multiplication de ces plaques, qui ne suivent plus alors leur marche progressive jusqu'à l'accouchement. Elles causent de grandes souffrances et des incommodités sans nombre aux malades. Si, au contraire, on donne un traitement hydrargyrique, les plaques muqueuses disparaissent peu à peu, même quand elles seraient arrivées au développement énorme indiqué dans les observations 1 et 2. La vie de l'enfant ne sera jamais en danger, si la malade a la patience de poursuivre son traitement d'une façon régulière et constante. Les phénomènes sont les mêmes que la femme contracte la vérole pendant ou après la conception. Les accidents secondaires sont seulement plus répandus et plus sérieux pendant la conception, surtout si la femme a déjà quelqu'un d'eux. Il n'est pas rare de voir, chez les femmes enceintes, la roséole plus exagérée que chez les autres. L'engorgement ganglionnaire est le plus souvent observé, et manque rarement chez les femmes enceintes. Je n'ai jamais eu occasion de constater les autres accidents, quoiqu'ils puissent souvent apparaître.

Pour donner une idée de ces phénomènes, j'ai cru nécessaire d'annexer ici un tableau résumé par Belhomme et Martin, qui est très-utile à connaître, et qu'on consultera avec fruit :

(1) *Loc. cit.*, p. 140.

Tableau de succession des accidents syphilitiques secondaires et tertiaires.

FORMES MORBIDES.	ÉPOQUE d'apparition la plus ordinaire.	ÉPOQUE d'apparition la plus précoce.	ÉPOQUE d'apparition la plus tardive.
Roséole.	47 ^e jour.	25 ^e jour.	12 ^e mois.
Syphilides papuleuses.	65 »	28 »	12 »
Papilles muqueuses humides.	70 »	30 »	18 »
Lésions second. de la gorge, diphthérie, etc.	70 »	50 »	18 »
Syphilides pustuleuses.	80 »	45 »	48 »
— vésiculeuses.	90 »	55 »	72 »
Rupia.	2 ans.	7 mois.	4 ans.
Iritis syphilitique.	6 mois.	60 jours.	13 mois.
Sarcocèle syphilitique (1)...	12 »	6 mois.	34 »
Périostose.	9 »	4 »	2 ans.
Syphilis tuberculeuse.	3 à 5 ans.	3 ans.	24 »
— ulcéreuse serpigin. .	3 à 5 »	3 »	20 »
Tumeurs gommeuses.	4 à 6 »	4 »	15 »
Affections unguéales.	4 à 6 »	3 »	20 »
Ostéites, altération des os et des cartilages.	3 à 4 »	2 »	41 »
Perforation ou destruction du voile du palais.	3 à 4 »	2 »	20 »

Toutes ces formes peuvent survenir chez les femmes enceintes, de même que chez celles qui ne le sont pas, avec cette différence qu'elles ont une influence directe sur le produit de la conception, ainsi que je l'expliquerai dans le troisième chapitre. Il est évident que ces manifestations secondaires influent sur l'état général, et cela d'autant plus que le virus est resté plus longtemps dans l'organisme, et que l'état antécédent était plus ou moins favorable à la production de la cachexie. L'état général n'est pas sensiblement

(1) Cette forme n'existe que chez l'homme; j'ai cru bon cependant de la laisser ici pour mémoire, comme l'auteur l'indique dans son tableau.

modifié, même lorsque la femme est délivrée du produit, ou bien quand le fœtus est mort, depuis un certain temps, dans la matrice (dans une observation, dix-sept jours, etc.). Après la parturition d'un fœtus mort-né, la femme se rétablit facilement. Elle ne court pas plus de dangers parce qu'elle est atteinte, et n'est pas plus sujette pour cela aux accidents ordinaires : péritonite, métrite, etc.

III. — INFLUENCE DE LA SYPHILIS SUR LE PRODUIT DE LA CONCEPTION.

Cette influence est immense et profonde ; elle est telle que la vie de l'enfant est généralement en danger. Sur 12 observations, j'ai constaté, en effet, sept décès d'enfants dans la matrice (obs. 1, 4, 5, 6, 7, 9, 11). Si l'homme de l'art intervient à temps, il peut sauver l'enfant. Cette influence est telle que le fœtus meurt bientôt dans le sein de la mère. Son expulsion dès lors ne tarde pas à se faire avant terme. Serait-il vivant, cette expulsion avant terme n'en aurait pas moins lieu.

Tout le monde est d'accord sur ce point. On en est revenu à de plus saines appréciations et à de plus justes inductions. J'ai constaté moi-même que la plupart des enfants (obs. 4, 5, 6 etc.) ont été mis au monde mort-nés. Trois seulement sont venus au monde avec la vie, atteints de pemphigus syphilitique, etc. Ils ne tardèrent pas à succomber. Leurs mères n'avaient pas été soumises au traitement hydrargyrique, ou du moins leur traitement avait été fort incomplet, nous y reviendrons, à propos du traitement.

Bertin a signalé un fait remarquable. L'action du virus, dit-il, s'affaiblit peu à peu, à mesure que la maladie avance vers ses périodes ultimes, que le traitement ait été ou non suivi. Le nombre des grossesses agit de même ; le virus n'aura pas la même force à la dernière qu'à la première. La femme citée dans l'observation 4 a eu tout d'abord une fausse couche à six mois et demi, puis un enfant près du terme, mais couvert de boutons syphili-

tiques ; et enfin, son troisième enfant, couvert de pemphigus, est venu quelques jours avant le terme. Il est fort probable que les enfants futurs de cette malheureuse femme ne seront pas mis au monde sans de graves accidents syphilitiques. Le contraire peut avoir lieu. Des femmes vérolées ont donné le jour à des enfants sains tout d'abord, et puis, chose curieuse à observer, des enfants atteints de syphilis.

D'une manière générale, on peut dire que les accidents sont d'autant plus graves que les symptômes primitifs se sont fait jour à une époque plus rapprochée de la conception. L'enfant aura donc moins de chances de vie. Au contraire, plus les accidents se rapprocheront de la période tertiaire, plus l'enfant aura chance de vivre. L'influence de la diathèse, arrivée à la période tertiaire, est très-faible sur le produit de la conception, parce que le virus a perdu alors une partie de ses propriétés malfaisantes. MM. Diday, etc., ont prouvé qu'à cette époque le virus n'est pas contagieux. M. Bazin, cependant, avance que la syphilis tertiaire amène toujours la stérilité (1). Plus les symptômes (pemphigus, etc.) apparaissent près du moment de la naissance, plus ils sont graves. La mort, dans ce cas, est presque toujours inévitable (obs. 4 et 6). Même chose a lieu quand ces signes se montrent dans la première quinzaine après la naissance. Plus les signes apparaissent tard après la naissance, plus l'enfant aura de chance d'échapper à la mort, et au moyen d'un traitement bien dirigé (obs. 8 et 10). Quelle que soit la source de contamination, les accidents sont toujours graves chez l'enfant, en ce sens que sa constitution, si faible et si précaire, n'est pas de force à résister aux influences délétères du virus syphilitique.

Le virus qui atteint l'enfant dans le sein de sa mère peut venir du côté paternel ou du côté maternel. Dans la vie extra-utérine,

(1) Bazin, Leçons sur la syphilis.

il peut être contaminé par l'allaitement, la vaccine, etc. Je crois qu'il est important de dire quelques mots de ces contaminations afférentes à la société, à la médecine légale, etc.

A. *Syphilis transmise par le père.* — Elle est niée par beaucoup d'auteurs, admis par Cullerier et M. Notta. Swediaur, Bertin, Haase, Bœhr, ont cité des observations de contamination uniquement par le père. Les notoriétés médicales admettent aujourd'hui sans contestation cette transmission. Mon respectable et aimé maître, M. Depaul, a très-bien démontré cette transmission du père à l'enfant (1). La dyscrasie peut être transmise par le sperme à l'œuf, de même qu'elle peut passer de la mère à l'enfant (2). Virchow, Wagner, etc., sont du même avis (3). Trousseau (4) dans ses leçons cliniques a démontré cette transmission. L'opinion de ce vénéré maître doit être prise en bien grande considération. M. Diday (de Lyon) ne l'a pas toujours constatée ; néanmoins il la professe. La mère, dans des conditions semblables de la part du fœtus, peut en recevoir la syphilis. Parmi les auteurs qui admettent cette transmission, je citerai encore, comme en ayant donné des exemples authentiques et incontestables : Martinez Chancez (thèse de Paris, 1855), Campbell (*Edinburgh journal*; 1844), Emile Vidal (thèse pour l'agrégation, 1860). M. Auzias-Turenne (communication écrite) me dit qu'il y a présomption que la syphilis de l'enfant vient du père, mais qu'il y a absence de détails de ce côté (obs. 4).

M. Diday (5) cite deux observations de M. Mayer, dans lesquelles une femme a eu des enfants syphilitiques d'un homme vérolé. La

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1851.

(2) Billroth, *Pathologie chirurg.*; Viennen, 1867.

(3) K. Virchow, *Syphilis*, tr. Picard, 1866.

(4) *Union médicale*, 1857.

(5) *Maladies vénér.*, p. 360.

même femme a eu un enfant non syphilitique d'un homme qui n'était pas atteint de vérole. Cette femme était parfaitement saine, après comme avant la parturition. Diday dit en outre que, quand un homme a subi les atteintes de la vérole, il restera toujours apte à procréer des enfants syphilitiques. N'aurait-il pas, dit-il, des manifestations extérieures de sa maladie, il n'en est pas moins impossible de déclarer l'époque à laquelle cet homme peut mettre au monde des enfants non malades ; à moins qu'il ne soit soumis à un traitement hydrargyrique bien dirigé, régulier et constant. Martinez-Chancez est du même avis. Je me souviens que mon maître, M. Depaul, dans une de ses leçons cliniques, nous disait naguère que, dans sa clientèle, il se trouvait une famille dans laquelle les enfants étaient tous mis au monde mort-nés et syphilitiques avant le traitement par le mercure. Le père et la mère ne présentaient aucun signe de syphilis, mais le père lui a déclaré avoir été atteint de syphilis. M. Depaul lui indiqua le traitement à suivre, et dès lors les enfants sont tous nés viables et bien portants.

Le sujet de ma quatrième observation est une femme qui a eu une fausse couche d'abord, puis deux enfants syphilitiques. Elle n'avait jamais été atteinte de vérole, mais le père était syphilitique. Cette femme me disait que sa santé était devenue très-faible depuis ses relations avec son mari et surtout depuis ses couches. Il est probable que les enfants ont communiqué la maladie à la mère.

B. *Syphilis transmise par la mère aux enfants.* — Si on considère quelles relations intimes et profondes unissent la mère à l'enfant, la mère étant syphilitique, il est impossible de ne pas admettre que la mère puisse transmettre la vérole au fruit qu'elle porte. On est généralement d'accord sur ce point aujourd'hui. Bien peu se refusent encore à rester dans le doute ou dans la négative. Il faut établir une distinction : La mère a-t-elle été contaminée avant

ou après la conception? *Dans le premier cas*, le fœtus n'échappe que rarement à l'empoisonnement (Capdeville, F. Mayer, Cazenave, Bertherand, Bardinet, Bergeret, Diday, etc.). Mes observations 1, 5, 7, 8 en font foi. *Dans le second cas*, le produit de la conception est très-exposé à être infecté. Les auteurs, pour ce cas, ne sont pas tous d'accord. Bertin a remarqué que les femmes qui sont infectées, à une époque avancée de la grossesse, mettent souvent au monde des enfants qui ne présentent aucun signe de la diathèse syphilitique.

Abernethy admet qu'une femme arrivée au septième mois de la grossesse et atteinte alors de vérole, ne transmet pas la maladie à l'enfant. Ricord dit que, dans les trois derniers mois de la grossesse, la transmission n'est pas certaine, mais qu'elle n'est pas impossible. Cullerier croit qu'elle se produit à tous les âges de la vie fœtale, et à toutes les périodes de la maladie de la mère. M. Mandron (1) avance qu'il faut que le père et la mère soient infectés avant la conception (4 cas), et que, pour la transmission vérolique, il faut que l'un des deux conjoints soit au moins atteint depuis cinq ans. La syphilis ne peut être transmise, dit-il encore, pendant la grossesse, de la mère à l'enfant. Diday, relevant ironiquement cette opinion, dit que ce sont justement les enfants déclarés sains par Mandron, qui infectent les nourrices plus tard et qui deviennent dangereux pour tous ceux qui les touchent. Il rapporte 11 cas d'enfants nés syphilitiques de mères infectées pendant la grossesse. Il ajoute qu'après le septième mois, la mère étant ensuite infectée, il n'est rien communiqué au fœtus. Il s'appuie sur des faits qui lui sont propres ou empruntés à Starck, Gilbert, Bertin, Depaul, P. Dubois, Baumès, Michon, etc. Dans mon observation 2, l'enfant a été infecté un mois et demi après la conception. La mère a été soumise au traitement mercuriel, et

(1) *Journal de Bruxelles*, 1856.

l'enfant est venu au jour viable, sans syphilis, mais avant le terme.

J'ignore si plus tard il n'a pas eu quelque manifestation syphilitique.

Le sujet de ma sixième observation infecté, à deux mois et demi après la conception, a donné un enfant mort-né syphilitique avant terme (6 mois $1/2$). — La femme qui fait le sujet de ma septième observation, infectée dans le septième mois de la conception, a mis au monde un enfant mort-né syphilitique avant terme (7 mois). — Celle de mon observation neuvième, infectée deux mois après la conception, a mis au jour un enfant mort-né avant terme (5 mois $1/2$). — La femme de la douzième observation, infectée après le septième mois, a accouché d'un enfant à terme sans aucun accident vérolique. Le résultat de ces observations m'amène à conclure que la femme affectée de syphilis pendant le premier mois de la grossesse peut la transmettre à peu près toujours à l'enfant, — et que dans les derniers mois, si elle est alors affectée, le fœtus échappe le plus souvent à la contagion. Cette conclusion n'est-elle pas du reste celle de tous les auteurs les plus recommandables? Etant admis que la mère et le père peuvent communiquer, chacun de leur côté, la vérole à l'enfant, il est hors de doute que, s'ils sont affectés tous deux, l'enfant aura bien peu de chances pour échapper au contagium syphilitique. La syphilis est transmise à toutes ses périodes, moins la période tertiaire, comme l'a démontré Diday expérimentalement.

Bazin (1), dit que la syphilis, à la période tertiaire, n'est pas transmissible à l'enfant, puisqu'à cette période elle provoque la stérilité. D'après Ricord (2), à cette période, la syphilis n'est pas

(1) Leçons sur les syphilides, 1859, p. 25.

(2) Maladies vénér., 1838, p. 644.

transmissible ; mais elle provoque des accidents non spécifiques qu'il rapporte aux affections scrofuleuses. Mais M. Bazin (1), a bien prouvé que deux affections générales, constitutionnelles, peuvent parfaitement coexister. Du reste, les exemples en sont nombreux et fréquents dans les services spéciaux. D'après Bassereau (*Traité des Affect. syph.* 1852 p. 540), les nouveaux-nés atteints de syphilis héréditaire offrent toujours des accidents de même ordre que ceux dont leurs parents étaient atteints au moment où les enfants ont été engendrés. Ces enfants sont, par conséquent, exempts de tous les symptômes par lesquels leurs parents sont passés avant qu'ils viennent au monde. Pour que la syphilis soit transmise, il n'est pas nécessaire que les parents aient des symptômes manifestes au moment de la conception. Il suffit en effet, que les parents aient été syphilitiques et non soumis au traitement pour que l'enfant mis au monde soit infecté. La diathèse sera d'autant mieux et plus facilement transmise que les parents seront plus près du moment où ils ont été atteints de syphilis, et que les signes de la vérole seront plus évidents. Dans les trois derniers mois de la grossesse, l'enfant peut naître viable et à terme, tandis que l'enfant naît toujours avant terme et non viable dans les sept premiers mois.

L'enfant né vivant et de parents vérolés peut se présenter dans deux conditions : 1° il peut arriver au monde avec des signes syphilitiques qu'il avait dans le sein de sa mère ; 2° ou il peut naître sans aucun des signes de la vérole qui ne tardent pas à se montrer après la naissance. Mes observations font foi parfaitement de ce qui arrive dans le premier cas. Tous les enfants qui en font le sujet sont venus au jour avec des signes manifestes, patents, de syphilis. Pour soutenir la seconde condition, je me base sur les observations d'auteurs recommandables (Bell, Diday, Trousseau,

(1) Leçons sur les syphilides, p. 540.

Ricord, Cazenave, etc.), et sur mes propres observations (1^{re}, 4^e, 10^e obs.). L'époque d'apparition des symptômes de syphilis est loin d'être fixe. Généralement ils se montrent dès la première quinzaine et dans six premières semaines de la naissance et ce n'est que rarement après trois mois. Cependant, des observateurs ont constaté l'apparition des signes après trois mois, et Ricord cite une observation où il les a remarqués après 40 ans. Diday, cite d'après Notta, 3 cas de vérole développée chez les enfants de 3 à 6 ans; Balling a relaté un cas d'un *enfant bien âgé* qui présentait des ulcérations à la gorge.

D'après Bell, la syphilis peut rester à l'état latent jusqu'à la puberté et même *jusqu'au premier accouchement*, circonstance qui facilite l'apparition de la maladie. Trousseau a cité le cas d'une *jeune fille qui n'eut les premiers signes qu'à 19 ans*; Cazenave, une fille qui les eut à 9 ans; Ricord, 3 cas de 11, 30 et 40 ans. Cette question est difficile à résoudre, sans ajouter qu'elle est fort amusante parfois. Comment s'assurer, en effet : 1^o que les parents étaient syphilitiques; 2^o que l'enfant n'a pas contracté une syphilis accidentelle, etc.; 3^o que les accidents sont bien syphilitiques. Tout cela réclame de nouvelles recherches, bien délicates à tenter parfois, plus délicates à suivre surtout.

Les formes des accidents qui se montrent le plus habituellement chez les enfants nés de parents malades sont diverses. Je n'ai pas à entrer dans leur description. Du reste, elles sont parfaitement bien décrites dans les ouvrages spéciaux. Il est hors de doute qu'un enfant, né de parents vérolés, n'aura pas d'accidents primitifs, de bubons, etc. Les bubons manquent au reste souvent, chez les individus qui sont infectés. Les lésions les plus habituelles sont observées du côté de la peau et des membranes muqueuses, rarement du côté du périoste et des os. Parmi les accidents cutanés, je citerai le pemphigus syphilitique, nié par beaucoup d'auteurs, admis par beaucoup d'autres (Wichmann, Cazenave, Cruveilhier, Huguier, Lebert, Stoltz (de Strasbourg), P. Du-

bois, Depaul, etc.). Diday et Ricord considèrent le pemphigus comme un résultat de la cachexie syphilitique transmise par la mère aux enfants. Si tous les auteurs ne sont pas d'accord sur cette question, on voit du moins que des maîtres l'admettent. Pendant leur longue pratique dans les hôpitaux et en ville, ont-ils été plus favorisés? Non, leur spécialité proprement dite les a mis davantage en rapport avec les femmes, voilà tout. Ils ont été ainsi à même de constater souvent ce qui n'était qu'une exception, base de contestations, pour beaucoup d'autres, ou ce que d'autres soutiennent n'avoir jamais vu. Dans le service de M. Depaul, j'en ai, pour mon compte, observé 4 cas et en fort peu de temps. Les autres accidents de la syphilis sont plus rares. Les plaques muqueuses sont une des formes les plus fréquentes de la syphilis congénitale. On les observe aux parties génitales, à l'an us, à la plante des pieds, à la bouche, etc. Elles ont les caractères de la syphilis acquise. Le coryza syphilitique est fort redoutable. Il provoque la carie et la nécrose, etc., qui peuvent laisser plus tard la déformation caractéristique du nez.

Le coryza peut gagner le pharynx et le larynx; la voix se prend, la respiration s'embarrasse, la toux survient, et le petit être ne tarde pas à être frappé de mort, à moins qu'on n'intervienne par un traitement énergique. Le coryza a encore un inconvénient plus grave: l'enfant, dont les fosses nasales sont obstruées, ne peut respirer pendant que sa mère lui donne le sein; il est obligé, en quelque sorte, de téter d'une façon intermittente; les fonctions ne se font plus facilement alors, et la nutrition n'est pas assez complète; l'enfant s'épuise peu à peu, et d'autant plus vite que la syphilis le possède, et il ne tarde pas à succomber.

M. Depaul a attiré l'attention, le premier, sur les lésions viscérales dans un mémoire présenté à la Société anatomique, puis lu à l'Académie de médecine (1). Les lésions des poumons sont loin

(1) Académie de méd., 24 avril 1851.

d'être rares ; elles amènent la pneumo-phymie. Je suis tout disposé à croire que les cas de tuberculisation des nouveau-nés cités par Billard, Baron, M. Husson, doivent être rattachés à l'affection syphilitique.

M. Depaul a souvent rencontré des indurations pulmonaires grisâtres regardées par lui comme le premier degré de la vérole.

M. Ricord, Virchow, Lebert, etc., ont cité des faits à l'appui de celui de M. Depaul.

P. Dubois a décrit des lésions du thymus, Gubler des lésions du foie (1). Les travaux de M. Gubler ont été confirmés par les publications de Trousseau, MM. Depaul, Hébert, Desruelles, Thyry, etc. Simpson, d'Édimbourg, a relaté 31 cas de mort, desquels il conclut que la péritonite qui tua ses malades était uniquement d'origine syphilitique. J'ai vu, pour mon compte, un seul cas où l'enfant présentait à l'autopsie une péritonite avec épanchement, engorgement du foie, de la rate et des viscères (obs. 6).

IV. *Conséquences de l'infection.* — 1° L'enfant vérolé par le père peut infecter indirectement sa mère pendant la vie intra-utérine, de même que la mère peut infecter l'enfant, comme je l'ai déjà dit plus haut, toutes les conditions restant les mêmes. Ce mode d'infection est admis par MM. Depaul (2), Ricord (3), Diday (4), Melchior Robert (5), etc. Les accidents syphilitiques sont, dans ce cas, postérieurs à l'accouchement ; ils sont toujours secondaires ou tertiaires et ne diffèrent en rien des manifestations syphilitiques ordinaires. M. Melchior Robert dit « que, dans certains cas,

(1) Société de biologie, 1852.

(2) *Bullet. de l'Académie de méd.*

(3) Académie de méd., 1852.

(4) *Traité de la syphilis des nouveau-nés*, 1854.

(5) *Traité des maladies vénér.*

l'influence du fœtus sur la mère est moins marquée; on n'observe aucune manifestation extérieure, mais seulement on voit la femme pâlir, s'amaigrir, s'étioler. Si d'autres poussées surviennent, la santé s'altère de plus en plus, et la femme finit par payer de sa vie la faute qu'elle n'a pas commise.

Le père cohabitant avec une femme enceinte peut-il communiquer directement au fœtus l'affection dont il est atteint?

C'est fort possible. Diday, Piedagnel, Depaul, Lebert, Simpson, etc., citent des observations dans lesquelles on trouve que le fœtus, dans le sein de la mère, celle-ci étant indemne, a été mis au monde couvert de taches varioliques. Ne pourrait-il pas, disent-ils, en être de même de la syphilis? La femme vaccinée ne se trouve-t-elle pas dans les mêmes conditions de réceptivité du virus variolique, de même qu'une femme saine dans des conditions de réceptivité du virus syphilitique?

Diday cite les observations d'Albert. Si une femme saine a eu un premier mari syphilitique, quoiqu'elle n'ait jamais présenté de signes d'infection, en se remariant elle peut avoir de son second mari des enfants atteints de syphilis. Becquerel (1) cite des faits semblables, observés par M. Harvay sur les animaux, et qui confirment les autres.

2° L'infection peut-elle se faire pendant le passage de l'enfant? Si la mère a actuellement des accidents, le passage s'effectuant lentement, on a observé l'infection. La femme étant infectée dans les derniers mois de la grossesse, l'enfant peut venir au monde sans accidents. C'est dans ces circonstances qu'on a souvent observé l'infection communiquée aux accoucheurs possédant une plaie, etc., aux doigts. Le regrettable Jobert (de Lamballe) a été une des plus illustres victimes.

3° L'infection peut-elle se faire par le lait? Rarement et excep-

(1) Traité d'hygiène.

tionnellement. Bertin, Cullerier, Dugès, etc., en ont cité des observations. D'autres ont avancé qu'on avait alors affaire à des enfants allaités par des syphilitiques ou à des nourrices soumises à un traitement hydrargyrique, dont le lait portait en même temps le poison et l'antidote. Le sujet de mon observation est une femme qui a eu neuf enfants, huit sont sains. Le neuvième est venu au monde sain. Peu après son mari l'infecte. Elle continue à nourrir son enfant qui ne tarde pas à présenter des manifestations syphilitiques qu'un traitement *ad hoc* fit bientôt disparaître. L'inoculation d'un sang empoisonné donne la syphilis, mais à un moindre degré que le muco-pus des plaques, etc. Le lait peut donc infecter.

4° La vaccine peut inoculer la syphilis si elle a été prise sur un syphilitique. Viennois (1) a démontré que le sang est toujours le véhicule du virus des maladies contagieuses. La syphilis est loin de faire exception à cette règle. Pellizari l'a démontré expérimentalement. Lasègue l'a démontré aussi. Ricord l'admet enfin aujourd'hui (3). M. Depaul en rapporte sept cas (4).

5° L'enfant né syphilitique peut communiquer la syphilis à la femme qui lui donne le sein. Diday s'exprime ainsi à ce sujet : « Les lésions de la syphilis congénitale ont, sur celles de la syphilis ordinaire, une puissance de contagiosité infiniment supérieure; la transmission de cette propriété est prouvée. » La nourrice malade peut à son tour infecter son nourrisson.

V. — TRAITEMENT.

Faut-il traiter les femmes enceintes syphilitiques ou laisser la

(1) Thèse de Paris, 1860.

(2) *Archives gén. de méd.*, t. I, p. 603.

(3) *Gazette des hôpitaux*, 21 mai 1863.

(4) *Gazette des hôpitaux*, juin 1867.

maladie, sans la traiter, à la nature? Beaucoup d'auteurs sont d'avis d'administrer un traitement *ad hoc*. J'estime qu'ils ont grandement raison. Mes observations me servent de base pour émettre cette opinion. Les femmes qui en font le sujet, n'ayant pas été traitées, ont avorté ou mis au monde des enfants avant terme et mort-nés. Doit-on donner le mercure ou bien indiquer un traitement tonique et réparateur? J'ai vu souvent, dans le service de M. Depaul, des femmes traitées par le proto-iodure d'hydrargyre s'en trouver excessivement bien. Les énormes plaques, qu'on observe parfois, disparaissent comme par enchantement. Le mercure ici, comme autre chose ailleurs, fait merveille. L'enfant peut venir parfois, alors, au monde sans présenter de signes syphilitiques, surtout si la femme est bien et longuement traitée. M. Depaul nous disait, cette année, que dans sa clientèle se trouvait une famille dont les enfants ne furent plus atteints de syphilis après l'administration du mercure. M. Depaul (1) dit qu'une femme traitée par M. Després, dès le 4^e mois, vint accoucher aux Cliniques d'un enfant mort-né. Il s'élève contre le traitement tonique et réparateur indiqué, et avance que si la femme avait été soumise à un traitement mercuriel, l'enfant aurait pu vivre. A ce sujet, dit-il, on sait d'une manière certaine que le mercure fait disparaître les néoplasmes, les céphalées et certaines tumeurs de la langue.

En donnant un traitement tonique et réparateur, il est fort possible que dans des cas rares, exceptionnels, la femme ne puisse mettre au monde un enfant sain et à terme. Le plus souvent la grossesse est interrompue par la mort du fœtus. Si on donne du mercure, la grossesse suivra son cours régulier, les enfants naîtront vivants, la femme aurait-elle eu déjà une ou plusieurs fausses couches. Dans des cas récents de contamination, si on emploie le mercure, on obtiendra des résultats certains, et l'enfant

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1867.

pourra naître viable. Quand on donne le mercure aux enfants syphilitiques, le mercure agit, dit-il, d'une façon vraiment merveilleuse (7 cas de guérison). Le mercure, dit-il encore, n'est pas un spécifique; c'est le meilleur moyen que nous ayons de combattre la syphilis. Il est suffisant s'il est employé d'une manière convenable. M. Tarnier, pendant qu'il remplaçait M. Depaul, nous a dit plusieurs fois que l'enfant pouvait venir à terme si on administre le mercure à la mère.

Dans les hôpitaux, il est fort rare d'avoir des observations de guérison ou d'action nette, en ce sens qu'on ne peut suivre les malades. Dans la pratique civile, au contraire, comme on peut mieux suivre les malades, on arrive à des conclusions telles qu'on doit avoir de grands égards pour l'opinion des praticiens en ville. M. le professeur Verneuil (1) dit que le traitement par les préparations mercurielles est indispensable chez les femmes enceintes et chez les nouveau-nés vérolés, qui le plus souvent, du reste, n'observent pas les prescriptions indiquées.

Il faut associer, dit-il, le mercure au régime tonique et hygiénique. — La cure de la syphilis sans mercure est loin d'être résolue. — Il est même hors de doute que dans l'avenir elle ne sera pas résolue. — Le bichromate de potasse n'a aucun avantage sur le mercure. — La syphilis rebelle est combattue fort avantageusement par les bains de sublimé (*Gaz. hôp.*, 1867).

D'après M. Lefort, l'expectation donne de déplorables résultats. — M. Dolbeau avance que le mercure n'empêche pas les manifestations secondaires. — M. Maurice Perrin (Val-de-Grâce) ne donne pas le mercure comme préventif. Il a vu les manifestations secondaires disparaître plus rapidement au moyen de frictions mercurielles associées à l'administration du chlorate de potasse. — M. Panas, sur 39 malades atteints de syphilis, a constaté les excel-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1867.

lents résultats donnés par les frictions mercurielles, même dans des cas graves. La première salivation est le résultat de la saturation de l'organisme par le mercure. Il faut alors arrêter le traitement pendant quelque temps pour le reprendre ensuite. D'après les Allemands, le mercure pénètre à l'état métallique dans l'organisme; il se combine avec l'albumine. — M. Diday indique le mercure selon les accidents et selon leurs caractères. Ainsi, par exemple, il donnera le mercure pour les syphilides pustuleuses, vésiculeuses, etc., et il ne le donnera pas pour les syphilides papuleuses. Il emploie, en outre, l'iodure de potassium dans la syphilis primitive (chancre ligneux, etc.); et ne l'indique pas dans la syphilis tertiaire.

Ce qui fait agir ainsi M. Diday, c'est sa foi en l'existence d'un parasite syphilitique que M. Simonnet (hôpital du Midi) appelle *syphilizoaire*. Voici ce que dit à ce sujet M. Diday : « La syphilis est, comme toutes les autres maladies virulentes, très-probablement une maladie de nature parasitaire; le microscope finira par le démontrer. 1° Le germe parasite a une incubation fixe, puis un état de sommeil en quelque sorte, et enfin un état de retour à la vie. 2° Les êtres organisés seuls prolifèrent des êtres semblables à eux, aptes eux-mêmes à se reproduire. Cela étant admis, peut-on supposer que ce sera uniquement en pathologie que l'exception résidera pour la classe dite des virus? L'impuissance du mercure pendant l'accident primitif ainsi que dans l'intervalle des récurrences et son action sur les accidents secondaires ne sont-elles pas expliquées facilement par l'impuissance du parasiticide sur le germe et son action sur lui quand l'être est développé? Il ajoute qu'une condition favorable au développement des parasites est l'affaiblissement des êtres sur lesquels ils vivent, comme l'acarium, et les pediculi sur les sujets mous, lymphatiques et débilités. La syphilis peut donc guérir seule quand l'agent morbide a peu de force et quand le sujet est vigoureux (dix-huit cas de guérison spontanée). Il cite dans son ouvrage des cas qui remontent

à 8, 10, 12 et 20 ans. Il recommande d'associer le mercure aux toniques et aux moyens d'hygiène. Deux faits militent pour ce traitement.

1° Les enfants qui naissent successivement de parents syphilitiques sont de moins en moins infectés, même quand ces parents n'auraient subi aucun traitement, l'action fœticide du virus s'épuise spontanément au fur et à mesure de chaque naissance. 2° L'état d'un nourrisson traité par le mercure s'aggravait et menaçait la vie. La nourrice était adonnée aux alcooliques, on lui enlève son nourrisson pour le donner à une autre, l'enfant finit par guérir, et cependant depuis son changement de sein on ne lui a jamais donné de mercure.

« Le mercure, a dit M. Ricord au congrès international, est une arme terrible mal employé, mais bien administré il donne d'excellents résultats. » M. Verneuil indique l'intervention si la vérole est forte ; si elle est faible, il faut attendre. D'après M. Cullerier, le traitement mercuriel est le meilleur préventif de la vérole et l'expectation n'a aucun avantage ; le traitement mixte est en opposition avec le traitement tonique, etc., et *vice versa* ; les plaques muqueuses superficielles sont très-bien modifiées par le mercure, opinion contraire à celle de M. Diday. « Les effets du mercure sont d'autant plus efficaces qu'on peut en faire prendre des doses plus fortes en des temps courts » (Alph. Guérin).

M. Guérin ajoute qu'il faut se hâter de donner le mercure aux femmes enceintes, afin d'éviter la mort du fœtus, et à des doses rasoriennes en quelque sorte (1 à 5 centigrammes par jour). Il faut le donner avant l'apparition de la roséole et des plaques muqueuses. M. Ricord agit de même dès que son diagnostic est fait. Les ignorants sont ceux qui, ayant diagnostiqué la syphilis, attendent l'apparition des signes dits secondaires pour donner le mercure. Le praticien qui douterait encore n'a qu'à se rappeler l'efficacité du mercure chez les nouveau-nés (bains de sublimé, etc.)

et des effets merveilleux sur les plaques muqueuses. Quand il y a troubles digestifs, il recommande les frictions mercurielles. M. Panas est de cet avis. Ces frictions réussissent très-bien dans la majorité des cas. J'ai vu employer cette méthode par mon ancien professeur de clinique, à l'hôpital militaire de Bucharest, M. Théodori, avec un plein succès sur quatre malades qui avaient des manifestations secondaires évidentes. Il donnait en même temps un régime tonique et hygiénique. Trois ans après j'ai vu deux de ces malades qui ne présentaient plus aucun accident. M. Lefort trouve ce traitement excellent. Il a vu un grand nombre de malades, dont les accidents syphilitiques disparurent sous l'influence du mercure, reparaître sous l'influence de l'iodure de potassium donné après le mercure.

Il a complètement répudié cette pratique. Il espère que les observations ultérieures de ses collègues confirmeront sa manière de voir, qu'il soumet du reste à leur contrôle.

Quant au traitement tonique et réparateur de M. Després, je vais le citer en peu de mots (1).

Bon régime avec viandes diverses, vin, sommeil réglé et exercice modéré; puis toniques (sirop d'iodure de fer et de potasse à très-petites doses) comme excitants de l'appétit, bains salés, bains sulfureux, bains alcalins et simple cautérisation des plaies. Il donne ce traitement pendant trois mois pour les cas légers et six mois pour les cas graves. Il cite à cette occasion ses notes recueillies aux cours de M. le professeur Sée, sur le mercure : le mercure agit sur le sang et sur les organes en formant des chloro-albuminates de mercure, altère le sérum du sang comme les autres agents infectants (Leçons de M. le professeur Robin), appauvrit le sang par la perte de l'albumine, d'où la mort du malade. Le mercure enlève aux organes les éléments de nutrition par une ac-

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1867.

tion indirecte. La perte de l'albumine se produit partout où il y a du sang. La syphilis agit sur les organes que le mercure n'atteint pas, les ganglions lymphatiques, par exemple. Le mercure agit dans un sens opposé à la vérole.

Le syphilis altérant les ganglions, ceux-ci n'élaboreront plus les globules blancs, d'où anémie. Le mercure dénourrissant tous les organes, dénourrira les ganglions malades et remettra les choses en état. — En tout cas, dit M. Després, le mercure altère l'organisme des syphilitiques. Sans mercure, la syphilis s'élimine de l'organisme à la façon des préparations plombiques, etc.

On peut donner le mercure à l'intérieur et à l'extérieur : quand on ne peut l'employer à l'intérieur à cause des troubles digestifs, on se voit forcé de l'employer extérieurement. On l'emploie sous différentes formes ; ses préparations sont multiples : quelle que soit la forme qu'on emploie, elle se transforme toujours en bichlorure en traversant l'organisme, transformation provoquée par les sels organiques. Le bichlorure se combine avec les albuminoïdes et se dissout dans un excès d'albumine, ce qui facilite son absorption ; c'est pour cela qu'il faut le donner pendant les repas. En effet, si on le donne hors des repas, il se combine avec l'albumine gastro-intestinale, provoque des érosions et n'est pas toléré. Pendant tout le temps qu'il est employé, on doit ordonner au malade un régime tonique et excitant, afin d'éviter la cachexie hydrargyrique. Quand la salivation apparaît, on doit en cesser l'emploi, puis le reprendre quelque temps après.

A l'intérieur, on donne habituellement les préparations suivantes :

Liqueur de Van Swieten au 1000* :

Sublimé corrosif.....	1 gr.	
Alcool.....	100	(pour facil. la dissol.).
Eau distillée.....	900	
Dose : 2 cuillerées (3 à 4) milligr.)		

M. Lefort (1) le donne pendant le repas : quand il n'est pas alors toléré, il fait ajouter à 1 litre d'eau un blanc d'œuf, qui précipite le bichlorure. On agite la bouteille, et on le prend comme d'ordinaire.

Pilules Dupuytren :

Bichlorure d'hydrargyre..... 0,01

Extrait d'opium et de gaïac. aa 0,02

Pilules Ricord, contenant chacune 0,05 de proto-iodure de mercure.

M. Depaul les donne à 0,01 seulement.

Extérieur. Les frictions mercurielles se donnent en même temps que (onguent double, 5 gr. par jour) le bain de sublimé (10 à 40 gr. pour les hommes, 1 à 3 gr. pour les enfants).

Dans tous les cas, on peut donner, ordonner toutes les préparations magistrales, en tenant compte de la dose et de leurs transformations dans l'économie. Il faut toujours tenir compte, en l'administrant, de la constitution, de l'âge, de la tolérance, en ce sens que le mercure tend à s'accumuler dans l'organisme. Placer le malade dans une température douce, afin d'en faciliter l'élimination.

Syphilisation. — Mise au monde par M. Auzias-Turenne, les passions et les systèmes ne l'ont pas enterrée. Défendue à Turin par Sperino, à Christiania par Bœck (2, 3) etc. Le premier, M. Auzias-Turenne a émis la loi suivante : les inoculations réitérées de virus syphilitique rendent l'organisme réfractaire à l'action de ce virus et le placent dans un état de syphilisation. On peut, dit Bœck, de toutes les discussions à ce sujet conclure que :

(1) *Gazette des hôpitaux*, 1867

(2) De la Syphilisation. Bœck, traduct. ; Paris, 1857.

(3) Syphilisationen studeret ned Syrelengen ; Christiania, 1856.

1° La syphilisation n'est pas une chimère. Elle est une réalité chez les animaux et chez l'homme.

2° La syphilisation n'offre aucun danger. Il est impossible de lui opposer un seul fait malheureux (Bœck).

3° La syphilisation guérit les accidents de la veille et préserve de ceux du lendemain.

4° La syphilisation doit prendre rang dans la science, et les observateurs sérieux doivent porter leur attention sur une question d'une si grande importance pratique et d'un si haut intérêt scientifique.

M. Thiry et Didot (1) ont proposé de guérir le cancer par la syphilisation, M. Auzias-Turenne cite un cas de guérison par ce moyen, Était-ce un cancer ou un ulcère ayant pour origine une dyscrasie syphilitique? Le vrai cancer est-il influencé par la syphilisation? La dyscrasie cancéreuse est-elle chassée de l'organisme par la dyscrasie-syphilitique qui s'y substituerait? C'est là une question complexe que je suis loin d'avoir la prétention de résoudre. Je laisse à l'avenir le soin de m'apprendre quelles conclusions j'ai à poser soit de la syphilisation, soit de la substitution de la syphilis à toute autre affection.

L'inventeur de la syphilisation (2) a une foi ardente en son invention. Rien ne l'a rebuté. Ses partisans Sperino, Bœck, Hagen, Bidenkap, etc., continuent à soutenir ses idées et les leurs au sujet de cette question si controversée et si terrible à résoudre. Être fixé sur une question scientifique est l'essentiel. Le passé est toujours le sûr garant de l'avenir. Qu'il s'agisse du mercure ou de la syphilisation, il ne s'agit que de bien s'entendre. Les errements des vieux âges ont fait leur temps, il s'agit de poser les conclu-

(1) Encyclographie nouvelle, 1851. Belgique.

(2) Congrès international, 1867, p. 385.

sions des errements du présent et de l'avenir. Il faut se souvenir que c'est de l'humanité qu'il s'agit, et non d'une gloriole ou de la richesse !

OBSERVATIONS.

OBSERVATION 1^{re}.

15 juillet 1868. Service de M. Depaul, à l'hôpital des Cliniques. Louise P., âgée de 19 ans, primipare, réglée pour la première fois à 12 ans. Depuis, a eu ses règles irrégulièrement, et pour la dernière fois le 17 décembre 1867. Pendant sa grossesse, n'a été sujette à aucun accident. Cependant elle a eu, après la cessation des menstrues, quelques cuissos et démangeaisons aux parties génitales. C'est alors qu'est venue une petite tumeur, dit-elle, qui, dès lors, est restée dure et du volume d'une petite noisette. Un mois plus tard, d'autres petites tumeurs semblables, multiples et plus grosses, sont venues. En même temps, boutons sur le corps. Elle rentre, au mois de mai 1868, à l'hôpital de Lourcine, où elle reste dix-huit jours. On lui dit, à cet hôpital, qu'elle avait des plaques muqueuses et des végétations qu'on excisa et qu'on traita d'une façon purement locale. Elle sort améliorée, mais non guérie. Chez elle, elle s'applique des cataplasmes jusqu'au moment où elle vient à l'hôpital des Cliniques.

État actuel. Cette femme est d'une petite taille et se porte bien. Son ventre est amplifié. M. Depaul diagnostique une grossesse de six mois et demi à peu près. Sur les parties génitales (grandes et petites lèvres) et au pourtour de l'anus on constate des plaques muqueuses de dimensions diverses. Quelques-unes ont jusqu'à 2 centimètres. Elles siègent surtout à la face interne des grandes lèvres. Quelques-unes à la partie supérieure et interne de la cuisse. Elles sont accompagnées d'un prurit. Leur couleur est rouge cuivré. Elles sécrètent un muco-pus assez abondant et d'une odeur nauséabonde. Les parties génitales sont fortement tuméfiées. Sur le cou, on observe d'autres éruptions syphilitiques. Les ganglions cervicaux axillaires et inguinaux présentent un volume morbide. Cette femme, cependant, se porte assez bien. Le jour de son entrée, on lui ordonne le traitement hydrargyrique; 1 pilule de proto-iodure d'hydrargyre de 1 cent.; localement, cataplasmes de fécule. Coliques pendant les deux premiers jours de son traitement; un peu de diarrhée. On discontinue les pilules, qu'elle ne re-

prend que huit jours après : 2 pilules de 1 cent. chacune. La diarrhée et les coliques reviennent. Interruption du traitement, puis reprise du traitement. Les plaques muqueuses et le gonflement sont notablement diminués au vingtième jour. Elle accouche, le 26 août, d'un enfant bien conformé, qui pèse 2,140 gr. Cet enfant est vivant, faible de constitution. Ne présente pas de traces de syphilis. Il ne peut téter. On le nourrit artificiellement. Il maigrit peu à peu. Il meurt le 4 septembre 1868 dans un état d'émaciation extrême.

Il est probable que c'est la cachexie syphilitique qui a tué cet enfant.

La mère sort le 5 septembre, sur sa demande. Améliorée notablement. Les grandes et les petites lèvres sont revenues à l'état physiologique. Il reste cependant trois ou quatre plaques muqueuses très-petites.

Réflexions. — Je suis tout porté à croire que la contamination a lieu en un temps contemporain de la conception. Le traitement donné vers la fin de la grossesse n'a pu agir d'une façon très-efficace. Toutes choses égales, il a pu cependant le faire venir au monde vivant et améliorer la mère. L'enfant est-il mort d'atrophie syphilitique, comme me l'a dit M. Auzias-Turenne ?

OBSERVATION II.

15 juillet 1868. Service de M. Depaul. Femme Coëlina D..., 24 ans, domestique, s'est toujours bien portée. Réglée à 15 ans pour la première fois, les a vues pour la dernière fois le 10 décembre 1867 ; a eu déjà un enfant de 3 ans, qui jouit d'une bonne santé et n'a jamais eu de boutons sur le corps, etc. En février 1868, elle constate deux boutons sur les grandes lèvres au lendemain d'un coït prolongé et répété ; puis, elle a eu des douleurs aux parties jusqu'au mois de mai 1868. En même temps, boutons muqueux. N'a jamais été traitée. Pas d'accident jusqu'au jour de l'entrée.

État actuel. Taille médiocre ; bien portante ; constitution bonne ; ventre amplifié. Diagnostic : grossesse de sept mois à peu près (M. Depaul). Grandes et petites lèvres tuméfiées et recouvertes de plaques muqueuses caractérisées, de différentes dimensions, donnant lieu à un écoulement muco-purulent d'une odeur fétide. Pas d'éruption sur le corps ; ganglions cervicaux et inguinaux tuméfiés. Prescription : 1 pilule de proto-iodure d'hydrargyre de 1 cent. Elle supporte bien le traitement. Peu à peu les plaques et les engorgements ganglionnaires dispa-

raissent. Au huitième jour, prescription de 2 pilules de 1 centigr. chacune. Traitement continué jusqu'au 29 août. Elle accouche alors d'un enfant de 8 mois et demi, présentant tous les caractères de viabilité, pesant 3,020 grammes et n'offrant pas de trace d'accidents syphilitiques. Continue son traitement.

10 septembre. Son enfant, qu'elle nourrit, est pris d'une ophthalmie purulente. Son état s'aggrave, mais grâce à un traitement énergique et bien dirigé, il redevient meilleur.

Le 22. La femme sort, sur sa demande. Les plaques, l'adénopathie et le gonflement, etc., n'existent plus. L'enfant ne présente jusqu'à présent aucun signe de syphilis. Recommandation de suivre le traitement. Je l'ai revue : elle va bien ; son enfant jouit d'une excellente santé.

Réflexions. — Contamination au commencement de la grossesse. Enfant non contaminé par la mère. Peut-être cependant plus tard apparaîtront des signes d'infection.

OBSERVATION III.

Maria M...., 28 ans, mécanicienne, entrée le 13 août 1868. Réglée pour la première fois à 14 ans. Depuis, ses menstrues ont été régulières. Syphilis il y a cinq ans. A été traitée par le proto-iodure d'hydrargyre par M. Ricord, pendant quatre mois et demi. Les accidents disparurent. Il y a un an, quelques signes syphilitiques localisés au genou droit.

État actuel. Taille médiocre ; se porte bien ; traces d'ecthyma sur le genou droit. Diagnostic : grossesse à terme. Le lendemain, met au monde un enfant vivant, bien portant, du poids de 3,750 grammes, ne présentant pas de traces syphilitiques sur le corps. Cette femme sort douze jours après, son enfant se portant bien et sans signes de syphilis.

Réflexions. — Ainsi que je l'ai déjà dit, la vérole perd peu à peu de sa force. Lorsqu'elle est ancienne, les accidents que peuvent présenter les enfants sont secondaires ou tertiaires. Ces accidents peuvent être tardifs. Il y a, en quelque sorte, une corrélation entre l'apparition tardive des accidents et l'ancienneté de la syphilis. Il faut donc suivre, autant que possible, l'enfant après sa naissance, afin de pouvoir poser de justes conclusions.

OBSERVATION IV.

Femme V. B. . . . , 31 ans, entrée le 20 août 1868, réglée à 15 ans; depuis, menstrues régulières; cessation le 3 décembre 1867. A eu une fausse couche, et a mis au monde, il y a deux ans, une petite fille recouverte de boutons, qui n'a vécu que 3 mois. Elle a eu, dit-elle, quelque chose aux parties génitales, avant son accouchement, qu'elle ne peut spécifier. Un médecin lui a prescrit un traitement purement local. Elle nous dit que son mari porte cependant des taches sur son corps. Elle n'a eu du reste aucun accident pendant ses grossesses. Se trouve plus faible depuis lors.

État actuel. Haute taille, maigre; se porte cependant bien. Pas de signes syphilitiques sur son corps. Accouche, le 21 août 1868, d'un enfant de 8 mois et demi, chétif, maigre et du poids de 1825 grammes, vivant et recouvert de *pemphigus syphilitique* à l'aîne et à la plante des pieds. Il peut à peine respirer. On le nourrit artificiellement. On le soumet au traitement hydrargyrique : frictions d'onguent napolitain. Au troisième jour, les accidents de syphilis commencent à disparaître. L'enfant se nourrit peu; il maigrit et finit par succomber le 5 septembre, après avoir été pris de diarrhée et de douleurs abdominales. La femme sort le 6 septembre, n'ayant rien sur le corps.

Réflexions. — J'ai tout lieu de croire que la syphilis vient uniquement du père. Je ne veux cependant pas me prononcer dans un sens absolu. Pour cela, en effet, il me faudrait des détails autres que ceux que j'ai. Cette femme, cependant, *me paraissait* dire la vérité.

OBSERVATION V.

21 août 1868. — Catherine M. . . . , 24 ans, a eu un enfant à terme il y a trois ans, qui n'a jamais eu de boutons sur le corps. Bien portant et mort à 8 mois et demi. Rég^{lée} à 15 ans. Dernières règles le 6 décembre 1867. En janvier 1868, apparition de boutons sur les parties génitales, qui disparaissent peu après sans traitement. Au mois de juillet, apparition nouvelle et plus grande de boutons. Pas d'autres accidents pendant sa grossesse. N'a pas constaté les mouvements du fœtus depuis le 5 août 1868.

État actuel. Femme d'une taille ordinaire; paraît se bien porter; bien faite; rien sur le corps; sept à huit plaques muqueuses aux parties génitales. Leur dimension varie. Muco-pus fétide. Pléiade ganglionnaire peu sensible. Engorge-

ment pharyngien, mais pas d'ulcérations. Accouche, le 22 août 1868, d'un enfant mort-né, de 7 mois et demi. Poids de 2,125 grammes. Recouvert de boutons véroliques. Paraît comme macéré. La femme est mise au traitement : pilules de proto-iodure d'hydrargyre. Sort le 5 septembre. Amélioration générale.

Réflexions. — Syphilis au début. Il était encore temps de préserver le fœtus de la mort par un traitement mercuriel donné à la mère.

OBSERVATION VI.

P. (F.), 42 ans, entrée le 4 septembre 1868. S'est toujours bien portée. A eu trois enfants qui se portent bien, et qui n'ont jamais eu de boutons sur le corps, etc. Tous sont nés à terme. Régulée depuis l'âge de 13 ans. Dernières menstrues le 10 février dernier. Pas d'accident pendant sa grossesse. Vers la fin de mai dernier a constaté des boutons sur les parties génitales, et peu de temps après une adénite inguinale droite qui disparaît peu à peu. Est entrée en juin dans le service de M. Després, à l'hôpital de Lourcine. Elle avait des plaques muqueuses. Elle y fut soumise à des cautérisations locales. Bains alcalins et sulfureux. Elle est sortie non guérie. Au 27 juillet, elle avait des boutons, des taches sur la peau, de la douleur à la gorge, et une adénopathie. Un médecin lui a fait prendre 40 pilules. Elle entre le 4 septembre; le travail commençait en ce moment.

État actuel. Haute taille. Habituellement maigre. Se plaint de malaise général, etc. Roséole syphilitique et plaques muqueuses sur les parties génitales et au pourtour de l'anus. Plaques dans la bouche, à droite. Accouche, le jour de son entrée, d'un garçon bien conformé, de 6 mois et demi, du poids de 1,850 grammes. Il respire à peine et son corps est couvert de taches de *purpura hæmorrhagica*. Il meurt le lendemain. A l'autopsie, on constate une péritonite avec épanchement sanguin assez considérable; congestion forte des viscères. Poumons ayant respiré incomplètement, ainsi que le fait constater la *docimasia pulmonaire*. Ecchymose sur l'abdomen, la plèvre et le péritoine. Pas de gommes syphilitiques. Foie et rate hyperémiés fortement. La femme commence à prendre des pilules de proto-iodure de 1 centigramme. Sort le 17 septembre, sur sa demande, ne présentant plus trace d'éruptions syphilitiques.

Réflexions. — L'enfant a été infecté par la mère. La mère a été infectée pendant les premiers mois de la grossesse. L'enfant est mort d'une péritonite, *probablement* syphilitique.

OBSERVATION VII.

Maria M..., 21 ans, entrée le 6 septembre 1868. Régée à 15 ans; depuis, menstrues irrégulières; cessation des règles le 8 janvier dernier. Au mois de septembre, anorexie et répugnance pour les aliments. Le 12 juillet 1867, accident syphilitique aux parties génitales. Entrée à l'hôpital de Lourcine, service de M. Després, le 20 juillet. Elle y reste six semaines; sort, avec mention non guérie, sur sa demande. Rentre de nouveau dans le même service avec des plaques muqueuses; alopecie. — Cautérisation des plaques muqueuses, disparaissant et reparaissant; bains salés. Sort deux mois après. Pendant sa grossesse revient de temps en temps dans la salle de M. Després pour se faire traiter ses plaques muqueuses. Vers le commencement du mois de juillet, les accidents syphilitiques ont disparu, excepté l'adénopathie cervicale qui est même très-prononcée le jour de son entrée à l'hôpital des Cliniques.

État actuel. Taille moyenne; constitution ordinaire. Ne présente rien sur le corps. Pléiade ganglionnaire cervicale. Accouche d'un garçon mort-né le 7 septembre, du poids de 2015 grammes, ayant à peu près 7 mois et quelques jours, présentant un commencement de macération. Rien à l'autopsie de l'enfant. Le placenta n'offre rien de remarquable.

La mère sort le 18 septembre, offrant tous les caractères ordinaires d'une bonne santé. N'a pas été soumise au traitement hydrargyrique. Adénopathie cervicale toujours prononcée.

Réflexions. — La mère a communiqué la syphilis au fœtus. Un traitement mercuriel bien dirigé aurait eu meilleur effet sur la mère et sur l'enfant que le traitement tonique et réparateur, incontestablement. Preuve nouvelle à ajouter à ce qui a été dit sur la question du traitement hydrargyrique.

OBSERVATION VIII.

Maria A..., 24 ans, multipare, entrée le 12 septembre 1868. Régée à 14 ans. Santé généralement bonne, mais menstrues irrégulières. Dernière époque cataméniale en janvier dernier. Affectée de syphilis en 1866. Plaques muqueuses en été de la même année. Entre, dans le service de M. Després, à l'hôpital de Lourcine. Traitement tonique et réparatoire. Cautérisation. Sort un peu améliorée.

Fait un enfant de 7 mois à l'hôpital des Cliniques le 7 mai 1867. Cet enfant meurt dix-sept jours après l'accouchement. A été soumise alors par M. Depaul au traitement hydrargyrique. Sort ne présentant aucun signe de vérole. Il lui est recommandé de continuer son traitement chez elle. Elle ne le suit que fort peu de temps.

Elle redevient enceinte cette année, en janvier. Aucun accident pendant le temps de la grossesse.

État actuel. Grossesse de 8 mois à peu près. Santé habituelle, bonne. Constitution, faible. Aucun signe de syphilis. Accouche le même jour d'une fille du poids de 2,30 grammes, vivant, chétive et maigre, avec traces de syphilis à la face interne de la cuisse et de la plante des pieds. Sa mère lui donne le sein avec peine, le mamelon étant très-petit. Allaitement artificiel. — Frictions d'onguent napolitain et bains de sublimé. Jusqu'au 25 septembre, l'enfant paraît bien se porter. Au 1^{er} octobre, il est toujours chétif et maigre; tette un peu. Le 5, le traitement mercuriel le met à même de mieux prendre le sein. Le 8 septembre, accidents syphilitiques disparus à peu près. Tette bien et se porte mieux. A pris jusqu'à présent 12 bains et on lui a fait 8 frictions. Les bains de sublimé à 2 grammes quotidiennement. L'enfant sort avec sa mère le 20 octobre, tous deux en bonne santé et n'offrant aucun signe de syphilis.

Réflexions. — Le premier enfant est venu au monde mort-né et syphilitique. La mère ayant été depuis soumise au traitement mercuriel, donne le jour à un second enfant vivant. Le mercure est administré à l'enfant. Le traitement mercuriel, donné à la mère, a donc empêché l'enfant de mourir pendant la vie intra-utérine, et a mis l'enfant à même de ne pas succomber aux atteintes de la syphilis.

OBSERVATION IX.

26 septembre 1868. Josephine R..., 18 ans, réglée à 12. Menstrues régulières. Cessation le 30 mars. Bonne santé pendant la grossesse. Pas d'accidents syphilitiques ni autres. Le 27 mai, démangeaisons aux parties génitales et boutons qui ont augmenté progressivement en nombre et en volume. Taches sur le corps. Depuis le quinzième jour avant d'entrer chez M. Depaul, n'a pas constaté les mouvements du fœtus.

État actuel. — Constitution, bonne. Santé habituelle bonne. Pléiade manifeste. Entre en travail le soir de son entrée. Accouche le 27 septembre d'un enfant mort-né de 5 mois et demi, du poids de 1,390 grammes. L'enfant est macéré. Macération remontant à l'époque de la cessation des mouvements du fœtus. Traces de roséole sur le corps. Taches caractéristiques. Plaques muqueuses génitales et anales d'une dimension extraordinaire sécrétant un muco-pus nauséabond. Traitement par le mercure de suite après la parturition. Le 30 octobre, les plaques ont diminué. Sort le 8 octobre sur sa demande, améliorée et d'un aspect général de santé assez convenable.

Réflexions. — L'enfant est mort par suite de l'infection de la mère et du non-traitement de celle-ci. Contamination au début de la conception.

OBSERVATION X.

Antonine M. . . . , 20 ans, entrée, le 19 septembre 1868, à l'Hôtel-Dieu, service de M. Gueneau de Mussy. Syphilis il y a deux ans. Traitée alors à Lourcine, salle Sainte-Marie, service de M. Fournier. Traitement mercuriel pendant trois mois. Sort sans symptôme marqué. Plus rien depuis sa sortie de Lourcine. Accouche il y a un an, d'un enfant à terme n'offrant aucun signe de syphilis au moment de la parturition, mais qui présenta des boutons six semaines après. — Bains de sublimé chez elle. Ne pouvant se traiter chez elle, entre alors à l'Hôtel-Dieu.

État actuel. Bonne santé. Pas de signes de syphilis. L'enfant, âgé de 3 mois, faible, mais fort pour son âge, offre du pemphigus syphilitique disséminé sur son corps. Frictions hydrargyriques. Intensité moindre des accidents le 1^{er} octobre. Diminution plus grande encore le 20 octobre. Sort le 22. Accidents disparus. Se portent bien tous deux.

Réflexions. — Le traitement mercuriel lui a permis de mettre au monde un enfant vivant et de retarder l'apparition, chez l'enfant, des accidents de la syphilis. Action manifeste et active des frictions hydrargyriques.

OBSERVATION XI.

Le 16 octobre 1868, entre à l'hôpital des Cliniques, service de M. Depaul, la nommée Georgette H. . . . , 36 ans. Toujours bien réglée depuis l'âge de 14 ans.

Cessation complète des menstrues du 25 février au 25 mars 1868. Toujours bien portante; a eu neuf enfants, tous nés à terme et n'offrant aucune trace d'éruption cutanée, etc. Sept d'entre eux sont morts de différentes maladies et à des âges variés. Le troisième a 13 ans et se porte bien, ainsi que le dernier qui a 2 ans et 6 mois. Ce dernier a été traité par M. Ricord. Deux mois avant la naissance de cet enfant, son mari lui donne la syphilis. On lui conseille de placer son enfant en nourrice, afin de le préserver du virus. Elle le nourrit pendant quatre mois. L'enfant fut ensuite mis en nourrice, n'ayant aucun signe extérieur de vérole. L'enfant, huit mois après, est pris d'une rougeole syphilitique; quelques jours après, apparition de plaques muqueuses à la marge anale. Ces plaques s'ulcèrent. Taches boutonneuses sur le corps. On lui donne, sur l'avis d'un médecin, des bains de sublimé, du calomel, et on met dans son lait *quelque chose* (peut-être du calomel, etc.). Quelque temps après (deux mois), tous les accidents s'évanouissent. Depuis, rien. Son enfant se porte très-bien. La femme, après avoir donné une nourrice à son baby, a été couverte de rougeurs. En même temps des plaques muqueuses apparaissent aux parties génitales, dans la bouche. Douleur vive oculaire. Céphalalgie. Réaction générale. On lui a ordonné des pilules qu'elle prend irrégulièrement. Entre à l'Hôtel-Dieu en novembre 1866, et y reste un mois. On lui donne des pilules et de la liqueur de Van Swieten, et des fumigations. Sort avec quelques manifestations syphilitiques externes non effacées.

Chez elle, elle prend des pilules irrégulièrement; se sent soulagée. Tout accident disparaît dix mois après. Devient enceinte, pour la dixième fois, au mois de février 1868. Santé relativement bonne. A quelques vomissements passagers dans les premiers mois de la grossesse et un peu de douleur abdominale. Gonflement et démangeaisons sur les parties génitales, qui disparaurent en peu de temps après l'emploi de quelques bains locaux. Fait une chute sur le ventre il y a un mois. Pas d'hémorrhagie ni de douleurs, etc. Sent les mouvements de son enfant jusqu'au jour de son entrée chez M. Depaul.

État actuel. Pas de traces de syphilis. Constitution paraît forte. Femme intelligente. Est loin de prôner le mercure. Accouche dans la même journée d'un enfant de 7 mois et demi, mort-né. Cet enfant pèse 1,730 grammes. Il est chétif, malingre, couvert de pemphigus syphilitique, et est atteinte d'une hydro-ascite. A l'autopsie de l'enfant, rien de remarquable. Sa mère est assujettie au traitement mercuriel. Pilules de proto-iodure de 1 centigramme. Le 29, sort en très-bon état, sur sa demande.

Réflexions. — Le traitement mercuriel n'a pas été suivi. Le laps

de temps écoulé entre son dernier accouchement et l'époque où elle a pris du mercure est trop grand pour que celui-ci ait pu agir activement. La femme se trouvait, en quelque sorte, dans la condition d'une femme syphilitique non traitée, d'où enfant mort-né, etc. La contamination a été directe de la mère au fœtus. Notons encore ici le pemphigus syphilitique si rare pour certains médecins.

OBSERVATION XII.

Françoise S..., 20 ans. Entrée le 19 octobre 1868. Régée à 15 ans. Menstrues régulières. Eut ses règles, pour la dernière fois, le 15 janvier. Toujours bien portante. Primipare. Rien pendant sa grossesse. Cependant elle dit avoir eu, il y a deux mois, un peu de démangeaisons et de douleurs aux parties génitales; et, quelque temps après, elle constata des boutons à l'anus qui était douloureux.

État actuel. Deux plaques muqueuses anales. Un peu d'érythème au pourtour. Ganglions cervicaux et inguinaux engorgés et indolents. Accouche, le 21 octobre, d'un enfant à terme, bien portant, n'offrant aucun signe de syphilis extérieur, et du poids de 3,150 grammes. Le 22, on soumet la mère, pour la première fois, au traitement hydrargyrique.

Réflexions. — La syphilis de la mère a été *probablement* transmise au fœtus. De ce que le fœtus est venu au monde sans signe extérieur morbide; il ne faut pas en inférer qu'il n'a rien, et qu'il ne présentera pas de signes véroliques plus tard. Des exemples, du reste, sont cités pour et contre, comme mémoire de contamination ou de non-infection au fœtus, selon le temps écoulé entre l'époque de l'atteinte de la vérole et celle de sa parturition. Ici nous trouvons cependant deux mois, temps en somme assez étendu pour que la contamination puisse se faire de la mère au fœtus.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES.

1° Les formes les plus fréquentes de la syphilis chez les femmes enceintes sont le chancre primitif et les plaques muqueuses.

2° Avant la grossesse, les accidents suivent la marche ordinaire; pendant la grossesse, ces accidents ont une marche plus rapide, et après la grossesse ils rentrent de nouveau dans la marche ordinaire.

3° L'enfant peut être infecté par le père et par la mère, et lui-même infecter la mère. La vaccine prise sur un syphilitique peut être une des causes d'infection. Le lait d'une nourrice vérolée peut, selon beaucoup d'auteurs, être aussi cause d'infection. L'enfant syphilitique peut transmettre la syphilis à sa nourrice.

4° Le traitement mercuriel est celui qui présente le plus de chances de réussite. Donné à la mère pendant la grossesse, il la met en état de mettre au monde des enfants vivants. Dans le cas où le mercure n'est pas alors administré, la mère avorte ou donne le jour à des enfants mort-nés.

5° La théorie de M. Diday, que je n'ai citée que pour mémoire, peut être soutenue, mais elle n'a pas encore reçu le baptême de l'expérience et de l'observation.

6° Quant à la syphilisation, comme je n'ai jamais rien constaté qui s'y rapporte, je ne l'admets ni ne l'improve.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES

Anatomie et histologie normales. — Des os du membre inférieur.

Physiologie. — Usages du nerf facial.

Physique. — Calorimétrie; chaleurs spécifiques, chaleurs latentes.

Chimie. — Des combinaisons de l'azote avec l'oxygène; caractères, préparations de l'alcool azotique.

Histoire naturelle. — Caractères généraux des oiseaux; comment les divise-t-on? De l'œuf de poule; ses usages en thérapeutique et en pharmacie.

Pathologie externe. — Du mode de traitement des fractures compliquées de plaies.

Pathologie interne. — De l'ataxie locomotrice progressive.

Pathologie générale. — Des complications morbides.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des calculs biliaires.

Médecine opératoire. — Du cathétérisme des voies lacrymales.

Pharmacologie. — Quel est l'alcool que l'on doit employer en pharmacie? Quels sont les principaux degrés de concentration auxquels on l'emploie? Quels sont les principes qu'il dissout? Comment prépare-t-on les teintures alcooliques ou alcoolées, simples ou composées?

Thérapeutique. — Des voies d'élimination des médicaments.

Hygiène. — Des eaux potables.

Médecine légale. — Qu'est-ce qu'un antidote? A quelle époque de l'empoisonnement doit-on l'administrer?

Accouchements. — De l'ictère des femmes enceintes.

Vu, bon à imprimer.

DEPAUL, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

A. MOURIER.